

192

Contribution à l'Etude des lésions annexielles dans les fibro-myomes utérins

— * —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Carlos M. RANGEL-PINZON

Santander (Colombia)



GENÈVE

IMP. DU JOURNAL DE GENÈVE, RUE GÉNÉRAL-DUFOUR, 5-7

1927

Thèse N° 1224

Contribution à l'Etude des lésions annexielles dans les fibro-myomes utérins

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Carlos M. RANGEL-PINZON

Santander (Colombia)



GENÈVE

IMP. DU JOURNAL DE GENÈVE, RUE GÉNÉRAL-DUFOUR, 5-7

1927

Thèse N° 1224

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de Monsieur le Professeur O. BEUTTNER, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le Mai 1927.

Le Doyen :
M. ROCH.

A mes chers Parents

*Hommage d'affection
et de reconnaissance.*

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'exprimer à Monsieur le Professeur O. BEUTTNER, toute notre reconnaissance pour les conseils éclairés et bienveillants qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant l'élaboration de notre thèse, dont il nous a suggéré l'idée.

Nous remercions aussi Monsieur le Dr CHATILLON, médecin-adjoint, qui a bien voulu nous guider dans nos travaux, et dont les conseils nous ont été d'un précieux secours.

INTRODUCTION

Les modifications pathologiques annexielles chez les porteuses de fibro-myomes utérins sont extrêmement fréquentes. Il suffit pour s'en rendre compte de parcourir la littérature concernant ce sujet. La plus vaste statistique, très récente, puisqu'elle date de 1924 est celle de Tixier, dans son volumineux rapport au Congrès de Chirurgie. Cet auteur a pu réunir une importante documentation provenant d'une enquête faite auprès des membres de l'Association française de Chirurgie. Sur un total de 7.769 interventions, des annexites ont été rencontrées dans 1031 cas soit 13 %. Cependant, en considérant les statistiques personnelles des différents chirurgiens qui ont pris part à cette étude, on peut constater que l'évaluation de la fréquence des lésions annexielles varie dans de vastes limites (de 5 à 60 %) ainsi qu'on peut s'en rendre compte en considérant les chiffres ci-dessous :

Launay . . 252 interventions abdominales dont	39 annexites soit	15 %
Veyrassat. 162	»	» 60 %
Labey . . 142	»	» 30 %
Marquis . 96	»	» 5,2 %
Rouffart 1073	»	» 12 %
Michel . . 350	»	» 19 %
Delore , . 351	»	» 18 %
Gouilloud. 389	»	» 12 %
Boquel. . 383	»	» 15,3 %
Villard. . 189	»	» 17 %
Tixier . . 452 (Statistique personnelle)	105	» 25 %

D'autre part FRANZ a rencontré 35 affections inflammatoires des annexes sur 435 opérées, STOECKEL-HORNUNG 47 fois sur 447 opérations OPITZ estime à 20 % la fréquence d'affections annexielles anciennes v. ROSTHORN sur 205 cas, 65 fois des modifications et des adhérences.

Dans une étude, ALBERTIN signale 92 lésions annexielles (dont 45 supurées sur un total de 924 hysterectomies, soit environ 10 %). DANIEL distingue la salpingite catharrale qu'il a pu observer dans 24 % des cas et la salpingite parenchymateuse rencontrée dans 18 %, l'hydrosalpinx dans 14 % et l'hématosalpinx dans 3 % ; notons enfin que Martin a retrouvé le pyosalpinx dans 1,05 % ; mais pour d'autres auteurs ce dernier serait plus fréquent, soit 4,76 % ; pour Greco et pour Pozzi la fréquence serait même de 14,43 %. ALBERTIN, dans sa statistique a constaté 5 % d'affections supurées.

Les lésions des ovaires sont également très fréquentes. Parmi les nombreux auteurs qui se sont occupés de la question, nous relèverons les travaux de quelques-uns d'entre eux qui nous ont paru les plus intéressants. POPOW en 1890, a constaté que les ovaires sont presque toujours atteints de modifications plus ou moins considérables, soit de l'albuginée, soit du parenchyme, soit du tissu conjonctif. Ce dernier est surtout très développé et augmente la masse de l'ovaire. Quant aux follicules on peut observer la formation d'une quantité de petits kystes (dégénérescence microkystique), ou bien le follicule s'atrophie. Dans un travail de la clinique de *Fribourg*, paru en 1892, BULIUS arrive aux mêmes conclusions, c'est-à-dire que les ovaires sont presque toujours atteints de modifications pathologiques consistant en une augmentation du stroma, en une dégénérescence microkystique ou une atrophie prématurée du follicule. OLSHAUSEN a fait remarquer en 1891 que les ovaires présentaient souvent des modifications, spécialement des abcès de l'ovaire, modifications qu'il paraît considérer comme primaires. KALTENBACH et HOFFMEIER ont reconnu également que les ovaires étaient hypertrophiés et en dégénérescence kystique. MALCOLM note que l'augmentation des follicules est souvent fréquente. Citons encore les travaux de ROCHE, DEVAUD, FABRE. Nous devons rapporter ici spécialement les études faites par FORGUE et MASABUAU sur ce sujet. Leurs conclusions sont les suivantes :

A) Dans les cas de fibro-myomes chez des femmes jeunes qui s'accroissent et déterminent d'abondantes hémorragies, la lésion ovarienne se caractérise par une exagération notable du nombre des atrophies des follicules, en particulier des atrophies kystiques ; Chaque follicule atrophique est constitué comme dans l'atrophie normale, par une abondante prolifération de cellules lutéiniques (Thecalutéin-Zellen). Dans les figures d'atrophie kystique les cellules se disposent autour de la lumière du follicule pour constituer la couche principale de la paroi du kyste. En résumé la modification capitale de ces ovaires consiste dans l'hyperproduction grâce aux atrophies multiples des cellules interstitielles de l'ovaire, cellules et fonctions glandulaires, substratum anatomique de la sécrétion interne de l'ovaire. Cette hyperproduction doit se faire avec l'augmentation rapide du volume de l'utérus et la prolifération active du myome.

B) Dans les cas de fibro-myomes chez les femmes âgées qui ne grossissent plus, et qui déterminent peu d'hémorragies, les ovaires sont plus scléreux que kystiques. Les figures d'atrophie folliculaires ont été envahies par la prolifération conjonctive ; les cellules lutéiniques se sont atrophiées et ont fait retour aux cellules conjonctives dont elles provenaient : la paroi du kyste est purement fibreuse.

ALBRECHT, sur 450 cas, a pu en noter 84 (= 19%) chez lesquels il a pu constater des modifications des ovaires. Cet auteur rapporte en outre que dans 326 autopsies de l'Institut pathologique de Munich-Schwabing 109 fois (= 33,4%) on a noté une dégénérescence kystique des ovaires.

Plusieurs études ont été faites sous forme de thèses dans le laboratoire du Prof. Beuttner sous la direction de son chef le Dr Molloff ayant pour but de rechercher quel pouvait être le rapport entre la menstruation ainsi que certaines métrorragies et le tissu lutéiniques de l'ovaire. Nous relevons 16 cas d'ovaires provenant d'opérations pour fibro-myomes de l'utérus.

Obs. 190- 1909

Femme de 52 ans : hémorragies abondantes. Les ovaires ne contiennent pas de tissu lutéinique.

Obs. 186- 1913

Femme de 26 ans : Règles peu abondantes. Les ovaires contiennent peu de tissu lutéiniques.

Obs. 130- 1910

Femme de 44 ans : Règles abondantes depuis 3 ans. Ovaires riches en tissu lutéinique, avec plusieurs petits kystes du corps jaune.

Obs. 262- 1911

Femme de 20 ans : Règles abondantes. L'ovaire contient une quantité assez abondante de tissu lutéinique avec trois kystes lutéiniques.

Obs. 295- 1911

Femme de 34 ans : Règles abondantes. Dans les ovaires nombreux kystes folliculaires atrésiques, mais peu de tissu lutéinique.

Obs. 201- 1922

Femme de 32 ans : Règles abondantes. Les ovaires sont sclérokystiques et contiennent peu de tissu lutéinique.

Obs. 291- 1909

Femme de 58 ans : Règles très abondantes. Les ovaires sont sclérokystiques et contiennent peu de tissu lutéinique.

Obs. 356- 1907

Femme de 42 ans : Règles normales. Les ovaires sont sclérokystiques et contiennent peu de tissu lutéinique.

Obs. 187- 1923

Femme de 35 ans : Règles normales. Les ovaires sont riches en tissu lutéinique. (kystes atrésiques nombreux).

Obs. 476- 1922

Femme de 48 ans : Métrorragie. Les ovaires contiennent peu de tissu lutéiniques.

Obs. 83- 1923

Femme de 46 ans : Métrorragie. Les ovaires contiennent peu de tissu lutéinique.

Obs. 139- 1923

Femme de 30 ans : Règles peu abondantes. Ovaires scléro-kystiques riches en tissu lutéinique.

Obs. 221- 1922

Femme de 44 ans : Règles peu abondantes, ovaires scléro-kystiques dont l'un renferme peu et l'autre beaucoup de tissu lutéinique.

Obs. 222- 1922

Femme de 42 ans : Règles normales. Ovaires riches en tissu lutéinique.

Obs. 245- 1922

Femme de 31 ans : Règles abondantes. Ovaires renferment une quantité moyenne de tissu lutéinique.

Obs. 311- 1921

Femme de 46 ans : Règles abondantes. Les ovaires contiennent passablement de tissu lutéinique.

Le petit nombre de cas rapportés n'autorise pas de conclusion ; on peut remarquer toutefois que dans 10 cas avec règles abondantes ou métrorragie, la moitié des cas avait des ovaires contenant beaucoup de tissu lutéiniques et l'autre moitié peu de ce même tissu. Il en est exactement de même chez les femmes ayant des règles peu abondantes. Cependant le Dr Molloff a remarqué dans les très nombreux cas d'ovaires, de fibro-myomes, les faits suivants :

L'existence de corps jaunes exubérants et de kystes du corps jaune, fait déjà connu et rapporté par Askanazy dans le traité d'anatomo-pathologie d'Aschoff 5^{me} édition, page 92. CHATILLON a rencontré sur 50 cas, 9 fois des kystes du corps jaune.

Il faut remarquer toutefois qu'un très grand nombre de ces ovaires sont atteints d'ovarites scléro-kystiques.

De l'examen de 56 cas le Dr CHATILLON est arrivé aux mêmes conclusions : « on ne peut pour le moment, dit-il, établir de rapport précis entre le développement de la glande thécale et les ménorragies. »

La conclusion qui s'impose, et paraît se rapprocher actuellement le plus de la vérité, est celle à laquelle sont arrivés, SPIRIDONOFF, MAGIN et ODY dans leurs thèses.

« L'hémorragiparité des fibro-myomes de la matrice ne
« semble pas résulter d'une hyperproduction de tissu
« lutéinique. »

RECHERCHES PERSONNELLES

Le Professeur Beuttner a l'habitude, dans les cas de fibromyomes de l'utérus de procéder à une hystérectomie subtotale, selon la méthode de KELLY-BEUTTNER (voir travaux Henneberg) et Broccard). Pour l'élaboration de ce travail nous avons repris les cas de fibro-myomes opérés du 1^{er} janvier 1917 au 31 décembre 1926, que M. le Prof. Beuttner a bien voulu mettre à notre disposition. Toutes les pièces opératoires ont été décrites et les examens microscopiques ont été faits par le chef de laboratoire de la Clinique, le Dr Molloff. Sur ces 165 cas, dans 57 seulement il n'y avait pas de lésions annexielles, soit dans 34,54%. Par contre des lésions annexielles ont été notées dans 108 cas, soit dans plus de 65% des cas. La dégénérescence sclérokyستique des ovaires a été rencontrée dans 63 cas, soit 34 fois d'un côté, et 29 fois des deux côtés, ce qui représente le 58,33% des lésions annexielles ou le 38% de tous les cas examinés. Les autres lésions des ovaires constatées ont été dans un cas un fibrome de l'ovaire et dans un autre cas un kyste du parovaire. En ce qui concerne les affections des trompes nous avons noté dans 15 cas une lésion inflammatoire unilatérale et dans 22 cas une affection bilatérale, ce qui donne un total de 37 cas d'affections inflammatoires des trompes soit 22½% du total des cas examinés, ou environ 32,4% du total des lésions annexielles. Enfin dans 5 cas il y avait péricervicite où les trompes, toutefois perméables, étaient enfermées dans des adhérences plus ou moins développées. Dans un cas enfin on a constaté à l'opération un carcinome siégeant sur l'isthme de l'utérus. L'hystérectomie subtotale a été dans la même séance complétée par l'extirpation du col.

Nous donnons plus loin la liste complète de 165 cas examinés avec, pour chacun, les lésions annexielles constatées.

Discussion

Si l'on considère les lésions des ovaires consistant presque toujours en dégénérescence sclérokyستique, il ne paraît pas que cette lésion doive constituer pour elle seule une indication opératoire pour la tumeur fibromateuse, ces lésions étant d'ordre bénin et devant céder la place aux autres indications importantes de l'intervention chirurgicale. Le plus grand nombre de femmes opérées (dans notre statistique) étaient âgées de plus de 40 ans (126 sur 165) c'est-à-dire au voisinage de la ménopause, et le prof. Beuttner a toujours défendu l'idée que, plus la femme est âgée moins la conservation des ovaires est justifiée. Nous devons rapporter ici que des travaux ont été faits au laboratoire de la clinique de Genève

pour savoir si la résection partielle des ovaires reconnues macroscopiquement scléreux ou sclérokystiques était justifiée au point de vue microscopique. Le premier travail était fait par KOHN et le second par POGGI DE FIGUEREIDO. Le résultat de ces recherches a été le suivant : L'aspect microscopique des ovaires sclérokystiques est très variable, quoi qu'il en soit, la vitalité des follicules primordiaux paraît éteinte : dans certains cas toutefois ils évoluent jusqu'à donner suite à une grossesse. Le nombre de follicules diminue généralement au fur et à mesure qu'augmente le degré de sclérose. Celle-ci se manifeste par des lésions du stroma constantes et des lésions vasculaires : hyalinisation et épaississement des parois. Dans ces ovaires on rencontre des formations anormales provenant :

- 1) de restes du canal de WOLFF ou d'inclusion de l'épithélium germinatif.
- 2) de follicules primordiaux dégénérés.
- 3) de follicules de Graaf en voie d'atrésie kystique ou oblitérante
- 4) d'ilôts de cellules interstitielles.
- 5) de kyste du corps jaune.
- 6) d'adhérences fibreuses.
- 7) de la dégénérescence de l'épithélium germinatif.
- 8) de foyers hémorragiques anciens ou récents.

Comme ces productions anormales peuvent quelquefois provoquer des phénomènes pathologiques plus graves par prolifération, l'auteur plaide en faveur de la résection de ces ovaires. La résection partielle de ces ovaires serait-elle justifiée quand ils sont macroscopiquement scléreux ou sclérokystiques, lésion si fréquente chez les femmes porteuses de rétroflexion et qui engage encore les chirurgiens au traitement opératoire de cette affection. Pour ce qui est de la question de l'opération de fibro-myomes, les lésions constatées pour les ovaires, indépendamment des autres motifs d'opération engage encore les chirurgiens à ne pas les conserver.

Les lésions des trompes, moins fréquentes que celles des ovaires mais beaucoup plus graves dans leurs conséquences physiologiques sont loin d'être négligeables puisque nous les avons rencontrées dans 22½ % des cas. Ce chiffre est pour notre statistique le double de la moyenne notée par TIXIER ainsi que nous l'avons vu plus haut. Cette fréquence des lésions annexielles constitue sans aucun doute une indication opératoire de première importance. En effet dans les 3/5 des cas d'affections inflammatoires des trompes, les lésions étaient bilatérales et les trompes fermées : donc valeur fonctionnelle réduite à zéro. Dans les deux autres cinquième des cas, il s'agissait de trompes malades d'un côté seulement. Ajoutons que nous avons remarqué la plupart du temps une augmentation de la longueur des trompes.

Tableau-résumé des observations

Total des cas examinés.	165	
Cas sans lésions annexielles	57	= 34,54%
Cas avec lésions annexielles. . . .	108	= 65,46%

Ovaires sclérokystiques (d'un côté 34) 63 = 38% du total
(des 2 côtés 29) des cas examinés
(165) ou 58,33% du total des lésions
annexielles (108).

Kyste du parovaire. 1
Fibrome de l'ovaire. 1

Affections inflammatoires(unilatérale 15) 37 = 22½% du to-
des trompes(bilatérale 22) tal des cas examinés
(165) ou environ 32,4% du total des
lésions annexielles (108).

Périsalpingite 5 cas.
Cancer du col 1 cas.

CONCLUSIONS

1) Les lésions annexielles accompagnant les fibro-myomes de l'utérus sont très fréquentes.

2) Les lésions des ovaires consistent en une dégénérescence sclérokyistique et sont les plus fréquentes. Ces lésions ne peuvent constituer qu'une indication opératoire secondaire.

3) Les affections inflammatoires des trompes uni-ou bilatérales se rencontrent environ dans 1/5 des cas. Ces lésions peuvent constituer une indication opératoire des fibro-myomes de première importance.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN, in *Rapport Tixier*, Congrès de chirurgie de 1924.
- BROCCARD, *L'hystérectomie supra-vaginale par myome*, d'après le procédé de Kelley-Beuttner. Thèse de Genève, 1923.
- BULIUS, *Der Eierstock bei Fibromyoma uteri*, Zeitschr.f.Geb.u. Gyn. 1892, Bd. XXIII page 358.
- CHATILLON, *Discussion du rapport Schickelé, sur les fonctions du corps jaune et de la glande interstitielle*. Congrès de Gynécologie, Paris, 1925 (v. Gyn. et Obst. 1925).
- DANIEL, *De l'état des annexes dans les fibromes utérins*. Revue de gynécologie, 1903.
- DEVAUD. *Les Lésions des ovaires dans les fibromes utérins*. Thèse de Paris, 1906.
- FABRE. *Les lésions des ovaires dans le fibrome utérin*. Thèse de Montpellier, 1911.
- FORGUE et MASSABUAU. *Gynécologie, volume XLIII du nouveau traité de Chirurgie de Delbet et Schwarz*. Paris, 1927, II^e Edition.
- FORGUE et MASSABUAU. *L'ovaire à petits kystes*. Revue de Gynécologie, 1910.
- FRANZ, *Myombehandlung*. Arf. f. Gyn. C. VII.H.2.
- HEGAR et KALTENBACH, *Operative gynæcologie*, 1886.
- HENNEBERG, *Evolution de la technique opératoire de l'hystérectomie subtotale par fibrome utérin* (avec 5 figures).
- HORNUNG, (Clinique Stœckel). *Unsere Erfahrungen der Operativen Myombehandlung*. Zentrbl. f. Gyn. N° 10. 1921, p. 381.
- KOHN, *La résection partielle des ovaires reconnus macroscopiquement scléreux ou sclérokystiques est-elle justifiée au point de vue microscopique*. Thèse de Genève, 1910 et Gyn. Helv. XI, Page 284.
- LABEY. *Indications opératoires des fibromes utérins*. Rapport au congrès de chirurgie de Paris, 1924.
- MAGNIN. *Contribution à l'étude des rapports entre la menstruation, certaines métrorragies et le tissu lutéinique de l'ovaire*. Etude clinique et histologique. Thèse de Genève, 1926.
- MALCOLM. *Ovaries and tubes from cases of persistent chronic ovaritis*. Transactions of the obstetrical Society. Vol. XXVIII for 1886. London, Green and Co, 1887.

- ODY. *Contribution à l'études des rapports entre la menstruation, certaines métrorragies et le tissu lutéinique de l'ovaire. Etude clinique et histologique. Thèse de Genève 1925.*
- OLSHAUSEN, *Naturforscher versammlung in Halle, 1891. Diskussion zum Vortrage: Kaltenbach, Mackenrodt. Döderlein. Zentralbl. F. Gyn. 1891, Page 887.*
- OPITZ, *Myoma uteri in Meuge-Opitz Handbuch der Frauenheilkunde.*
- POGGI DE FIGUEREIDO, *La resection partielle des ovaires reconnus macroscopiquement scléreux ou scléro-kystiques est-elle justifiée au point de vue microscopique? Annales de Gynéc. et obstr. 1914-15 et Gyn. Helv. XVI, page 104.*
- POPOW, *Zur Frage ueber die Veränderung der Ovarien bei fibromyoma uteri. Zentralbl. f. Gy. 14^e année, N^o 49, page 381.*
- ROCHE, *L'ovaire des fibromateuses. Thèse de Bordeaux, 1904.*
- SPIRIDONOFF, *Contribution à l'étude des rapports entre la menstruation, ainsi que certaines métrorragies et le tissu lutéinique de l'ovaire. Etude clinique et histologique. Thèse de Genève, 1924.*
- TIXIER. *Indications opératoires des fibromes utérins. Rapport au congrès de chirurgie de Paris, 1924.*
-

OBSERVATIONS

1917 13 cas.

Obs.	22	47 ans	.....	Un ovaire sclérokystique.
"	38	45 "	.....	Annexite double.
"	101	56 "	.....	Cancer du col.
"	112	34 "	.....	Annexite double.
"	203	45 "	.....	Pas de lésions annexielles.
"	272	45 "	.....	Pas de lésions annexielles.
"	277	41 "	.....	Annexite double.
"	298	36 "	.....	Un ovaire sclérokystique.
"	359	38 "	.....	Annexite double.
"	364	33 "	.....	Un ovaire sclérokystique.
"	387	39 "	.....	Périsalpingite unilatérale.
"	442	41 "	.....	Pas de lésions annexielles.
"	444	44 "	.....	Pas de lésions annexielles.

1918 15 cas.

Obs.	14	42 ans	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
"	16	43 "	.....	Un ovaire sclérokystique.
"	31	57 "	.....	Pas de lésions annexielles.
"	137	41 "	.....	Pas de lésions annexielles.
"	154	42 "	.....	Pas de lésions annexielles.
"	200	44 "	.....	Pas de lésions annexielles.
"	213	47 "	.....	Pas de lésions annexielles.
"	236	48 "	.....	Un ovaire sclérokystique.
"	341	48 "	.....	Pas de lésions annexielles.
"	355	50 "	.....	Pas de lésions annexielles.
"	358	40 "	.....	Pas de lésions annexielles.
"	411	49 "	.....	Pas de lésions annexielles.
"	436	39 "	.....	Kyste de la trompe droite.
"	442	41 "	.....	Annexite double.
"	550	38 "	.....	Ovaires sclérokystiques.

1919 16 cas .

Obs.	35	43 ans	.....	Un ovaire sclérokystique.
"	74	42 "	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
"	75	57 "	.....	Pas de lésions annexielles.

Obs.	129	46	»	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	126	53	»	.....	Pas de lésion annexielles.
»	136	48	»	.....	Salpingite double.
»	220	55	»	.....	Salpingite unilatérale.
»	246	49	»	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	278	40	»	.....	Pas de lésions annexielles.
»	280	42	»	.....	Kyste parovarique.
»	320	43	»	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	322	37	»	.....	Pas de lésions annexielles.
»	331	48	»	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	363	40	»	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	478	53	»	.....	Pas de lésions annexielles.
»	564	47	»	.....	Pas de lésions annexielles.

1920 15 cas

Obs.	46	39	ans	.....	Les deux ovaires sclérokys- tiques.
„	63	45	„	.....	Pas de lésions annexielles.
„	75	43	„	.....	Pas de lésions annexielles.
„	97	51	„	.....	Pas de lésions annexielles.
„	99	40	„	.....	Pas de lésions annexielles.
„	129	38		.....	Un ovaire sclérokystique.
„	130	37		.....	Périsalpingite unilatérale.
„	140	40	„	.....	Pas de lésions annexielles.
„	181	49	„	.....	Périsalpingite unilatérale.
„	183	42	„	.....	Salpingite unilatérale.
„	262	42	„	.....	Kyste de la trompe droite.
„	318	36	„	.....	Kyste de la trompe gauche.
„	322	49	„	.....	Un ovaire sclérokystique.
„	385	39		.....	Salpingite double.
„	400	39		.....	Les deux ovaires sclérokys- tiques.

1921 9 cas

Obs.	21	58 ans	.....	Pas de lésions annexielles.
»	89	44	»	Salpingite unilatérale.
»	162	64	»	Salpingite double.
»	187	53	»	Pas de lésions annexielles.
»	275	49	»	Un ovaire sclérokystique.
»	415	42	»	Les deux ovaires sclérokys- tiques.
»	100	42	»	Salpingite unilatérale.
»	187	53	»	Les deux ovaires sclérokys- tiques.
»	311	46	»	Pas de lésions annexielles.

1922 15 cas

Obs.	98	30 ans	.....	Pas de lésions annexielles.
»	167	39 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	217	55 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	221	44 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	222	42 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	234	47 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	315	41 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	346	40 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	370	44 »	.....	Salpingite unilatérale.
»	371	40 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	373	50 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	445	49 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	455	38 »	.....	Salpingite unilatérale.
»	498	43 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	385	43 »	.....	Pas de lésions annexielles.

1923 13 cas.

Obs.	83	46 ans	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	105	53 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	187	35 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	208	33 »	.....	Salpingite double.
»	233	46 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	237	51 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	306	52 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	317	33 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	332	46 »	.....	Salpingite droite unilatérale.
»	345	42 »	.....	Salpingite double.
»	359	42 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	320	33 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	403	50 »	.....	Salpingite double.

1924 17 cas.

Obs.	41	47 ans	.....	Kyste hématiche de la trompe gauche.
»	59	72 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.

Obs.	69	39	ans	.....	Salpingite double.
»	70	42	»	.....	Salpingite double.
»	99	48	»	.....	Salpingite unilatérale.
»	100	51	»	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	109	45	»	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	159	42	»	.....	Salpingite double et périculpingite.
»	159	42	»	.....	Ovaires sclérokystiques.
»	196	44	»	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	56	47	»	.....	Salpingite double et périculpingite.
»	56	47	»	.....	Ovaire gauche sclérokystique.
»	143	37	»	.....	Ovaire droit sclérokystique.
»	236	42	»	.....	Salpingite double. Ovaire gauche sclérokystique.
»	236	42	»	.....	Périorophorite droit.
»	244	39	»	.....	Ovaires sclérokystiques.
»	256	43	»	.....	Ovaires sclérokystiques.
»	248	53	»	.....	Salpingite et périculpingite gauche.
»	248	53	»	.....	Périorophorite gauche.
»	315	49	»	.....	Ovaire gauche sclérokystique.
»	364	46	»	.....	Salpingite et périculpingite doubles. Ovaire droit sclérokystique.

1925 20 cas

Obs.	7	54	ans	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	20	48	»	.....	Salpingite unilatérale.
»	42	43	»	.....	Périculpingite unilatérale.
»	108	33	»	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	92	27	»	.....	Salpingite double.
»	117	50	»	.....	Pas de lésions annexielles.
»	138	45	»	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	159	62	»	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	154	46	»	.....	Salpingite double.
»	202	42	»	.....	Fibrome de l'ovaire droit.
»	215	42	»	.....	Pas de lésions annexielles.
»	232	45	»	.....	Pas de lésions annexielles.
»	225	42	»	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	243	39	»	.....	Annexite double.
»	250	50	»	.....	Pas de lésions annexielles.
»	275	42	»	.....	Pas de lésions annexielles.

Obs.	264	66 ans	.....	Pas de lésions annexielles.
»	262	36 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	310	32 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	322	41 »	.....	Pas de lésions annexielles.

1926 32 cas

Obs.	3	46 ans	.....	Annexite double.
»	56	50 »	.....	Ovaires sclérokystiques.
»	52	49 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	93	56 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	99	45 »	.....	Hypoplasie des annexes.
»	97	45 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	143	39 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	155	45 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	159	49 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	182	35 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	188	45 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	207	44 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	195	44 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	205	50 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	200	55 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	215	28 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	214	57 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	213	28 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	222	38 »	.....	Annexite double.
»	9	50 »	.....	Salpingite double
»	226	41 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	260	39 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	291	46 »	.....	Un ovaire sclérokystique.
»	322	47 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	309	43 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	353	41 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	354	43 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	376	48 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	391	47 »	.....	Périsalpingite double.
»	400	54 »	.....	Pas de lésions annexielles.
»	87	45 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.
»	102	48 »	.....	Les deux ovaires sclérokystiques.

IMPRIMERIE DU JOURNAL DE GENÈVE
5-7, rue Général-Dufour, 5-7